

## Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica

Gilza da Silva  
*Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil.*

Maristela Dalbello-Araujo  
*Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES, Brasil.*

Alexandra Iglesias  
*Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil.*

Maria Inês Badaró-Moreira  
*Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.*

**Resumo:** Objetivou-se com este estudo conhecer as práticas de cuidado integral ofertadas às pessoas em sofrimento mental, efetivadas nos espaços das Unidades de Saúde da Família (USF) em uma região de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, bem como apontar as dificuldades e possibilidades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento dessas práticas na Atenção Básica. Para tanto, foram realizadas seis sessões de grupo focal, uma sessão em cada uma das seis Unidades de Saúde pesquisadas; em seguida, identificadas as Unidades que referiam realizar ação de cuidado integral, foi utilizada a técnica da observação sistemática para acompanhamento de tais ações e realizada entrevista semiestruturada com os profissionais responsáveis por essas práticas. São grandes as dificuldades enfrentadas no sentido de fazer valer uma inserção efetiva destas pessoas em sofrimento mental nos espaços das Unidades de Saúde para um cuidado integral. Contudo, na tentativa de garantia de acesso destas pessoas à Atenção Básica, com vistas ao acolhimento, à escuta qualificada e ao cuidado em saúde, houve resultados no sentido de ampliação de autonomia e inserção social dos sujeitos participantes.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família, Assistência Integral à Saúde.

---

## Practices of Integral Health Care for People with Mental Suffering in Primary Health Care

**Abstract:** With this study we aim to know the practices of integral health care performed in the Family Health Unities (FHU) of a health region in Vitória – ES, Brazil, that are offered to people with mental disorders, and to point the difficulties and possibilities faced by health professionals at the development of these practices in Basic Care. We organized six focus group sessions, one session in each one of the six researched Health Unities (HU); after identifying the HU that performed integral health care (according to respondents), we used systematic observation and semi-structured interviews with the professionals responsible for these practices to analyze the actions. We concluded that there are still important difficulties to be faced in the sense of making effective the integration of people with mental disorder in HU spaces of integral health care. However, there were also positive results related to giving access to these participants to health care and to qualified hearing, contributing to their autonomy and social integration

**Keywords:** Mental Health, Family Health Strategy, Comprehensive Health Care.

## Práticas de Cuidado Integral para Personas en Sufrimiento Mental en la Atención Primaria

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue conocer las prácticas de cuidado integral ofrecidas a personas con trastornos mentales en los espacios de las Unidades de Salud de la Familia (USF) en una región de la ciudad de Vitória-ES, así como señalar las dificultades y posibilidades que enfrentan los profesionales de la salud en el desarrollo de estas prácticas en la atención primaria. Con este fin, se llevaron a cabo seis sesiones de grupos focales, una sesión por cada una de las seis unidades de salud encuestadas; en seguida, fueron identificadas las unidades que reportaron realizar acciones de atención integral. Se utilizó la técnica de la observación sistemática para rastrear este tipo de acciones y se realizaron entrevistas semiestructuradas con los profesionales responsables de estas prácticas. Existen grandes dificultades para hacer cumplir una integración efectiva de personas con problemas mentales en los espacios de las Unidades de Salud para la atención integral. Sin embargo, en un intento de garantizar que estas personas tengan acceso a la atención primaria, con vistas al acogimiento, a la escucha cualificada y al cuidado en salud, hubo resultados relacionados a ampliar la autonomía e inserción social de los sujetos participantes.

**Palabras clave:** Salud Mental, Estrategia de Salud de la Familia, Atención Integral de Salud.

### Introdução

A Atenção Básica vem se constituindo como principal estratégia de organização do sistema público de saúde no Brasil. Trata-se da porta de entrada do sistema, o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizado como espaço privilegiado na garantia do acesso, participação social, efetividade da integralidade e equidade do cuidado. O foco de suas ações se concentra na proximidade com a comunidade local, favorecendo o conhecimento das necessidades e a luta contínua e compartilhada pelas condições favoráveis à saúde.

Neste contexto, está previsto que as equipes da Atenção Básica, em especial as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sejam responsáveis pelo atendimento integral e contínuo à saúde das famílias adscritas ao seu território de abrangência, independentemente do problema de saúde apresentado, com vistas à efetivação da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (Ohara, & Saito, 2010). Deste modo, as Unidades de Saúde podem se constituir em locais privilegiados de cuidado, que abarcam o acolhimento, a escuta do sujeito, o vínculo, o compartilhamento e o respeito pelo sofrimento e a história de vida dos sujeitos que buscam estes espaços (Valla, Guimarães & Lacerda, 2006).

As práticas de cuidado supõem “ações identificadas pelas pessoas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis” (Acioli, 2006, p. 189). Elas incluem

um “conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida” (Mattos, 2008, p. 321). As práticas de cuidado integral em saúde trabalham na “perspectiva do apoio social e suas redes, e se apresentam como propostas para aliviar o sofrimento dos sujeitos e grupos sociais” (Lacerda, Guimarães, Lima, & Valla, 2009, p. 251).

Assim, a perspectiva do cuidado requer uma relação entre pessoas, que passam a ser percebidas como sujeitos que são – e não como objetos de intervenção – que têm a contribuir na construção de melhores condições de vida a todos. Desta forma, o processo saúde-doença pode ser apreendido em sua complexidade, de modo que o sujeito não seja visto apenas como um corpo adoecido, mas como um sujeito em todos os seus aspectos biopsicossociais.

Diante deste contexto, a Atenção Básica também é requisitada em sua tarefa de considerar, em suas práticas de cuidado, as pessoas em sofrimento mental, não perdendo de vista que “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença”, de modo que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (Brasil, 2003, p. 3).

Ao assumir esta premissa, buscou-se discutir e incentivar a inclusão das ações em saúde mental nos serviços de Atenção Básica. Desde 2001, quando

foi instituído o redirecionamento das ações de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando e promovendo diversos eventos, cursos, diferentes abordagens de educação permanente, oficinas de formação, como ações orientadoras para a garantia de um cuidado efetivo em saúde mental neste sistema de saúde (Brasil, 2003). Assim, foi-se tornando cada vez mais necessário e evidente a compreensão de que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde e, portanto, devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, com facilidade no acesso, em espaços de cuidado integral e não em espaços segregadores (Alves, 2006).

Neste sentido, o MS vem deixando cada vez mais claro o entendimento que a saúde mental não está dissociada da saúde geral e que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas que chegam aos serviços de Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir, privilegiando práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todo e qualquer trabalhador da Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas. Já há um somatório de experiências profissionais que demonstram, na prática, que a saúde mental não está em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocadamente dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquirem estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico (Brasil, 2013, p. 15).

Na esteira desta compreensão, empregamos neste texto o termo “sofrimento mental”, abarcando o conjunto de males que acometem as pessoas, incluindo as dores que se apresentam por meio de angústias, de lutos mal resolvidos, da violência cotidiana em suas várias formas, das ansiedades e também do sofrimento social (condições de vida precárias). Neste enfoque, “sofrimento mental” também compreende as condições crônicas do transtorno mental, tais como a esquizofrenia, a depressão e outras patologias nosologicamente descritas.

Vale lembrar que por mais de dois séculos o sofrimento mental foi excluído dos serviços de saúde em geral, de modo que, na maioria das vezes, seu cuidado se restringia ao olhar de especialistas, aos hospitais psiquiátricos e à medicalização. Entretanto, modificações têm sido feitas, uma delas é exemplificada pela estruturação de uma rede de saúde mental ordenada a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2004).

Dentre muitos estudos sobre o cuidado em saúde mental, o estudo de Onocko-Campos et al. (2009), em uma cidade de grande porte com extensa rede de atenção à saúde, revelou grandes limites entre as ações da Atenção Básica e as ações dos CAPS. A realidade apresentada por esta pesquisa é comum a diversas cidades de diferentes tamanhos: a existência de grande fragilidade na articulação da rede. Estudos como este demonstram que a intervenção e a articulação das ações de saúde mental na Atenção Básica ainda representam um dos desafios da reforma psiquiátrica em andamento, o que resvala na garantia de acessibilidade destas pessoas em sofrimento a uma rede de cuidados e no reestabelecimento de seus laços socioafetivos na comunidade.

Desta forma, a Política Nacional de Saúde Mental vem afirmar a necessidade de efetivação de ações de saúde mental também nos espaços da Atenção Básica. A partir daí, o modelo de redes de atenção psicossocial se constrói sustentado em base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento a estes usuários de saúde (Brasil, 2013). Este tipo de construção tem por objetivo consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto, de base comunitária, ancorado nos recursos disponíveis no território, de modo a garantir a livre circulação das pessoas em sofrimento mental pelos serviços, comunidade e cidade.

Corroborando tal perspectiva, a política de saúde mental do município de Vitória prevê a oferta de atenção integral aos moradores em sofrimento mental, contribuindo para a inserção social desses indivíduos, a fim de garantir seus direitos e seu lugar de cidadãos (Vitória, 2012). A proposta é reduzir o sofrimento e ampliar a inserção social, a autonomia e o protagonismo das pessoas, potencializando sua capacidade para lidar com a vida e com os problemas cotidianos.

Sendo assim, tal política municipal prediz que as ações de saúde mental devem também ser desenvolvidas pelas equipes das Unidades de Saúde que, por sua vez, devem conhecer a pessoa – que necessita de atenção – sua família e o contexto geral de cada situação. Dessa maneira elas podem, em conjunto com as pessoas e famílias envolvidas, desenvolver as estratégias de atenção e tratamento que mais contribuam para a redução do sofrimento e a melhor inserção social e familiar (Vitória, 2012).

A política de saúde deste município prevê ainda que esse apoio próximo e constante da Atenção

Básica, articulado com outros serviços municipais, tenha potência para alcançar avanços no acompanhamento integral das pessoas com grave sofrimento mental (Victal-Bastos, & Romanholi, 2010). Mas, tal premissa se concretiza na realidade? Diante deste questionamento, buscamos por meio desta pesquisa conhecer as práticas de cuidado ofertadas às pessoas em sofrimento mental, efetivadas nos espaços das Unidades de Saúde em uma região do município, com o objetivo também de apontar as possibilidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento dessas práticas.

### **Método**

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em uma região de saúde da capital do estado do Espírito Santo. O município de Vitória abriga aproximadamente 300 mil habitantes e está dividido em seis regiões, que compreendem 29 Unidades Básicas. Destas, 23 trabalham sob a égide da Estratégia de Saúde da Família, dois na lógica da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e quatro delas funcionam como Unidades Básicas de Saúde tradicionais, sem ESF e EACS. Completam a assistência deste município: dois pronto-atendimentos (PA); um Centro de Especialidades (CME); e outros sete Centros de Referência especializados, sendo quatro CAPS. A atenção à saúde mental é realizada principalmente na articulação entre os CAPS e as Unidades Básicas, ainda que o CME conte com a presença de profissionais médicos psiquiatras. Não se pode negar que há atendimento às crises nos PA e também na Emergência Hospitalar, ainda que esta esteja situada em hospital da rede estadual e com pouca articulação em rede.

A região estudada contempla 12 bairros, com população estimada de 70 mil habitantes, composta por casas simples, de alvenaria e em grande parte situada nos morros. Trata-se da região na qual se situa também o *campus* da saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e onde se desenvolvem prioritariamente os estágios e as pesquisas da UFES.

Para a coleta de dados, no período de fevereiro a abril de 2012, foram realizadas seis sessões de Grupo Focal (GF), em cada uma das seis USF que compunham, na época a região, com duração média de duas horas, com frequência de oito a 10 profissionais por GF. Nesse período de trabalho, tinha-se a intenção de explorar o espectro de atitudes, opiniões e comportamentos dos profissionais participantes a respeito das

práticas de Cuidado Integral em Saúde. Tal estratégia possibilitou identificar em quais Unidades se realizavam práticas sistemáticas de cuidado integral voltadas às pessoas em sofrimento mental.

Nesta fase foi possível detectar que apenas duas Unidades de Saúde afirmavam realizar, de forma sistemática, alguma atividade voltada aos usuários em sofrimento mental e, a partir daí, foi utilizada a técnica da Observação Sistemática destas práticas. Tais práticas foram acompanhadas durante dois meses, e neste artigo estão sendo nomeadas de Prática A e Prática B.

Por fim, concomitantemente à observação sistemática, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com sete profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional e Farmácia, responsáveis pelo desenvolvimento das práticas observadas. Mediante tais entrevistas, foi possível conhecer de modo mais aprofundado o entendimento dos profissionais de saúde em relação às práticas de cuidado integral por eles desenvolvidas, bem como compreender as dificuldades e possibilidades existentes para o seu desenvolvimento.

Vale destacar que as USF do município de Vitória são compostas por equipes com médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem. Contam ainda com equipe de Saúde Bucal composta por dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Além disso, durante o período da pesquisa, todas elas também contavam com: assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogos, e sanitaristas, alocados na Unidade Básica. No que diz respeito ao cuidado em saúde mental, a articulação entre as Unidades e os demais serviços é feita via matriciamento dos CAPS do município, desde 2007 (Iglesias, 2016). Na ocasião, o município ainda não contava com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em cada etapa da pesquisa foi realizada uma análise específica do material para delimitar e nortear a etapa posterior. O conjunto das análises foi orientado pela Análise de Conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977).

Nesta perspectiva, a análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas: pré-análise, explo-

ração do material e tratamento dos dados e interpretação. Na pré-análise, foram feitas a organização das transcrições do material e a escolha dos artigos e demais materiais orientadores para a compreensão e interpretação final do material. Essa fase compõe-se em três tarefas: a leitura flutuante, com intenso contato com o material transcrito; a outra tarefa é a constituição do *corpus*, que diz respeito à totalidade do que será estudado; e, por fim, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, em que se fizeram exaustivas leituras a partir das indagações iniciais. Na segunda etapa, realizou-se a exploração para se atingir o núcleo de compreensão do texto, com a categorização do material que posteriormente foi submetido à escolha de temas e fragmentos a serem analisados em profundidade. Por fim, realizou-se a etapa tratamento dos dados obtidos e a interpretação propriamente dita, na qual os dados foram submetidos à análise a partir de artigos e realizados sobre esta temática a fim de clarear as interpretações e avançar nos debates sobre o problema inicial.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Semus) do município de Vitória e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob número: 238/11 em concordância com a Resolução CNS nº 441, de 12 de maio de 2011, do Conselho Nacional de Saúde. Em todas as etapas da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussão

Dentre as seis Unidades pesquisadas, apenas duas afirmaram realizar práticas de cuidado integral dirigidas às pessoas em sofrimento mental. As outras quatro Unidades afirmaram realizar prática de cuidado integral, como as ações de pré-natal, as ações de saúde da criança (puericultura), a vacinação, o atendimento na escola (Programa Saúde do Escolar) e a ação de Hiperdia, contudo não consideraram estas práticas como dirigidas àquela clientela em sofrimento mental. Este posicionamento aponta um pensamento ainda baseado na dicotomia existente entre mente/corpo, como nos traz Nunes, Jucá, & Valentim (2007). Apesar da nova visão sobre o processo saúde-doença-cuidado indicar o estreitamento da relação mente/corpo, no campo das práticas, esta fragmentação parece ainda muito presente. Com esta dicotomia, evidenciou-se o entendimento de que é preciso

uma ação específica para este público, de maneira que então se considere realizar prática de cuidado integral ao usuário em sofrimento mental. Entretanto, este tipo de ação pode gerar outros modos de exclusão na dinâmica cotidiana das Unidades. Nesta perspectiva, a integralidade do cuidado tem ficado comprometida, na medida em que depende, por exemplo, de uma ação específica para que ela se afirme.

Por vezes, a ideia de condicionalidade para a efetivação de um cuidado integral à pessoa em sofrimento mental transparece nas falas de alguns profissionais. Eles consideram que o cuidado integral só é possível quando se tem equipamentos adequados na rede para cada situação. A questão que se coloca é: que equipamento seria o mais adequado? Parece-nos que o desenho da rede apresentado inicialmente pelo MS (Brasil, 2004) levou a uma equivocada centralidade de um único serviço, sugerindo uma desresponsabilização dos demais no acolhimento e assistência aos usuários que apresentam demanda em saúde mental. Com isto, ainda que a Atenção Básica busque atuar no território, a demanda de saúde mental continua sendo muito dirigida aos CAPS ou aos profissionais considerados da área “psi”.

Como nos traz Lima, Severo, Andrade, Soares e Silva (2013), mesmo que a saúde mental seja orientada por práticas psicossociais, recorre-se ainda muito a especialistas, como o psicólogo e o psiquiatra, o que limita a atuação das equipes de Saúde da Família, por não se sentirem qualificadas diante desses casos. Nesse sentido, faz-se necessário o investimento na formação desses profissionais da Atenção Básica, que pode vir com intensificação dos encontros de matriciamento nesse nível de atenção, com vistas a contribuir para que esses trabalhadores se sintam mais seguros na construção de práticas reflexivas e inventivas, baseadas nas necessidades dos sujeitos.

Poderíamos considerar que estes “equipamentos adequados ou equipe melhor preparada” podem ser elementos importantes para a efetivação do cuidado, contudo, como alerta Ayres (2001), o cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade deve permear as práticas de saúde, independentemente de competências, tarefas técnicas ou equipamentos. Este parece continuar sendo o grande desafio para que o usuário que demanda um olhar em saúde mental continue sendo dirigido a outro serviço ou outro profissional, que não aquele que faz o acolhimento na Atenção Básica.

No entendimento de Mattos (2006), a integralidade está permeada por três sentidos: o primeiro deles diz respeito aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, constituindo valores ligados ao que podemos considerar uma boa prática. O segundo refere-se às características da organização dos serviços, e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas da saúde. Como a integralidade se constitui em um dos princípios do SUS, deve-se considerar a possibilidade de que ocorram práticas de cuidado integral voltadas às pessoas em sofrimento mental, em todo e qualquer espaço, uma vez que este cuidado é um produto das relações entre pessoas, uma ação com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, acolhimento e vínculo. Deste modo, o ato de cuidar deve ser considerado a alma de qualquer serviço e condição fundamental para que ocorra um ato de saúde, visando à promoção, prevenção, proteção dos indivíduos e ampliação de sua autonomia (Merhy, 1999).

Assim, a efetivação desta prática também depende da presença de um profissional “psi” – historicamente marcado como importante no cuidado em saúde mental. Pudemos perceber por meio do levantamento de dados que, neste município, a presença desses profissionais na Atenção Básica, desde 1993, parece não garantir que ali se realizem práticas de cuidado integral dirigidas às pessoas em sofrimento mental; tanto que, apenas duas das seis Unidades de Saúde pesquisadas afirmaram realizar tais práticas, que nem sempre também contavam com a participação do profissional psicólogo. Seguem as duas ações (Prática A e Prática B) que acompanhamos, descritas pelos profissionais como de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental, realizadas em duas Unidades distintas.

## **Conhecendo a Prática A e a Prática B**

### **Prática A**

Trata-se de um Projeto de Extensão ligado ao curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo que, desde 2011, em parceria com profissionais da USE, busca desenvolver atividades em grupo que possibilitem aos usuários uma melhor qualidade de vida. Este grupo está voltado à participação de pessoas adultas (homens e mulhe-

res) com sofrimento mental moderado e grave. Conforme se depreende das falas dos profissionais que realizam esta ação, trata-se de um grupo voltado às pessoas com alguma dificuldade no seu dia a dia que signifique prejuízo em sua autonomia. Sendo assim, por meio deste grupo, os participantes desenvolvem um projeto individual, de acordo com seu desejo, utilizando para isso atividades diversas, tais como pintura, colagem, mosaico, bijuteria, confecção de cartaz, dentre outras. O grupo se encontra semanalmente, durante aproximadamente uma hora e meia, no auditório da Unidade, com uma média de cinco participantes por encontro. Os trabalhadores não definem esse grupo como oficina terapêutica, pois o identificam como um trabalho grupal que, por meio de diferentes atividades expressivas, promove espaço de encontro e trocas sociais.

### **Prática B**

Consiste em um grupo de apoio terapêutico desenvolvido desde janeiro de 2012, com o objetivo de apoiar as pessoas em sofrimento mental, bem como possibilitar o reconhecimento e o cuidado destas pessoas por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Assim, o grupo busca uma maior aproximação com as pessoas em sofrimento mental, a fim de propor também outras ações de melhoria da assistência. Dessa forma, a coordenação deste grupo é compartilhada entre profissionais da Medicina, Psicologia, Farmácia e Serviço Social. Este grupo está voltado à participação daqueles usuários em sofrimento mental grave – que têm condições de frequentar a unidade – e dos familiares daqueles usuários que, no momento, por alguma razão, estão incapacitados de participar. Nele é realizada a escuta do usuário, que geralmente traz também as suas queixas sobre situações vivenciadas em seu cotidiano de vida; no mais, é feita a renovação de receitas médicas de controle especial, de modo que o usuário possa dar continuidade ao seu tratamento medicamentoso. Este grupo acontece mensalmente no auditório da Unidade, com uma média de 13 usuários. Os participantes deste grupo também frequentam o CAPS e foram convidados pelos diferentes profissionais da Unidade que o compõem. O acompanhamento desta iniciativa é realizado frequentemente nas reuniões de matriciamento e se orienta pelo Projeto Terapêutico Singular construído em coparticipação.

## **O cotidiano das práticas: possibilidades e dificuldades**

A Prática A, apontada como uma ação de cuidado integral dirigida às pessoas em sofrimento mental, tem como plano inicial a construção de uma proposta individual para cada participante, o que parece interessante, considerando a singularidade subjetiva dos presentes. No entanto, essa proposta acabou, muitas vezes, por individualizar cada situação trazida pelos usuários em detrimento de um projeto compartilhado entre os envolvidos neste trabalho, os quais vivenciam realidades próximas que mereceriam ser problematizadas para a possível construção de alternativas coletivas de equacionamento de alguns problemas que se apresentam, por exemplo. Assim, foi possível perceber que, apesar de estarem reunidos em um grupo, a atenção ofertada pelos profissionais a cada participante foi marcadamente individualizada, configurando um “atendimento individual coletivo”. Presenciamos vários momentos em que cada profissional se incumbia de travar diálogo com um dos participantes, enquanto este realizava sua tarefa, sem possibilidade de interferência pelos demais membros do grupo. Por outro lado, existiram momentos em que, a partir do interesse de um usuário realizar a mesma atividade executada por outro, foram possíveis algumas trocas importantes de experiências, como quando um participante ensinou ao outro uma determinada técnica de confecção de bijuteria.

Neste sentido, Campos e Gama (2008) chamam atenção para o fato de que o trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma forma de dar conta da demanda, mas sim como possuidor de características que propiciem socialização, integração, apoio psíquico, troca de experiências, troca de saberes e construção de projetos coletivos.

Os estudos de Vechia e Martins (2009) também apontam diversos desafios na implementação de ações de saúde mental na Atenção Básica. Dentre os principais desafios apresentados pelos autores, destaca-se a necessidade de superar a centralização nos quadros e modelos tradicionais clínicos a que recorrem os profissionais da saúde mental. Neste caso, ainda que participem de atividades em grupo, o componente principal que deveria existir neste trabalho se limita, predominantemente, a uma escuta individualizada em espaço coletivo, indicando um distanciamento do que se pretende ser a clínica ampliada. Para Onocko-Campos (2001), diversas práticas em serviços de saúde vêm se distanciando de um

fazer clínico, na medida em que não têm incorporado os preceitos de uma clínica ampliada, capaz de estabelecer, por meio de saberes diversos e compartilhados, a avaliação das vulnerabilidades, não somente do ponto de vista epidemiológico, mas também social e subjetivo, responsabilizando-se pelas demandas da vida concreta dos usuários.

Certamente isto não desmerece a intenção de fazer com que o grupo tenha sentido para cada um dos envolvidos. Dessa forma, um profissional descreve: “No semestre passado, uma paciente quis fazer uma bolsa reciclável. Começou com desenho no papel, a cor, o desenho, pintar, depois a bolsa começou a se transformar, a virar realidade. Foi muito bacana” (Profissional de Saúde 1). Neste caso, apresenta-se um plano individual, que uma vez concretizado, traz efeitos para a vida daquele usuário que o projetou. Todavia, tal artefato não faz sentido para aquela coletividade se não for resignificado no grupo, como a caracterização enunciada por Campos e Gama (2008).

Além disso, Minozzo, Kammzetsler, Debastiani, Fait e Paulon (2012) apontaram, a partir da análise das ações da saúde mental em grupo desenvolvidas por equipes da atenção básica na região Sul do Brasil, que somente a realização de grupo não garante um trabalho na perspectiva da desinstitucionalização, uma vez que a exclusão social permanece quando o objetivo do grupo consiste somente em promover a convivência entre os seus participantes, sem mobilizar questionamentos e transformações na forma de relação com os espaços sociais em geral. Mesmo com a intervenção em grupo, os resultados deste estudo indicaram a coexistência de dois modos de funcionamento da atenção em saúde mental promovido pelas equipes acompanhadas. Se por um lado há uma busca por um trabalho pautado no cuidado em liberdade consoante com o Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que prevê a articulação da assistência em saúde por meio de redes, por outro permanecem ainda resquícios de uma prática asilar, na medida em que centraliza todas as questões do sujeito na doença e no uso da medicação, por exemplo (“você deve estar assim porque não deve ter tomado alguma medicação direito” - Profissional de Saúde 2).

Cabe ressaltar que as intervenções em grupo podem se caracterizar como um bom dispositivo para as ações em saúde mental, desde que mobilizem diferentes forças para transformação de qualquer espaço em local para o cuidado psicossocial em liberdade. Por isso é fundamental que se busque diferentes possibilidades

na rede, bem como outros recursos do território, trabalhando na ampliação dos laços sociais dos participantes.

Assim o trabalho em grupo pode operar transformações na vida das pessoas, como anunciado na fala de um dos profissionais entrevistados: “Eles têm mais autonomia, agora eles impõem mais a sua vontade. Antes eles aceitavam tudo que as responsáveis falavam. Agora já conseguem se colocar, verbalizando melhor. Conseguem se expressar melhor” (Profissional de Saúde 3). Ou ainda na fala do próprio usuário participante da Prática A: “Me deu vontade de fazer as coisas” (Usuário 1).

Corroboramos a aposta feita pelo próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2010) sobre os espaços grupais na Atenção Básica como zona intermediária de experiência, lócus em que se pode vivenciar grupalmente, ser acolhido e experimentar novas relações que são vividas fora do grupo, com vistas à socialização desejada, principalmente no que se refere à pessoa em sofrimento psíquico, historicamente excluída das relações sociais cotidianas. Além disto, vale destacar a importância destes espaços grupais na promoção da saúde mental do sujeito, uma vez que pertencer a um grupo é uma necessidade humana (Campos, & Gama, 2008).

A Prática B, por sua vez, também foi apontada pelos profissionais como uma possível ação de cuidado integral, sob a justificativa de que, a partir da presença dos familiares neste grupo, os profissionais podem conhecer o comportamento e a interação do usuário. Outro profissional argumenta que a função do grupo é também de possibilitar acesso às pessoas com transtorno mental, que por “terem certas limitações, às vezes não tinham acesso”. Há também aquele profissional que fala da potencialidade deste grupo na organização dos atendimentos posteriores.

O grupo serve para pegar na mão mesmo, perguntar, para sentir qual o fluxo que eles (usuários) estão precisando, de darmos encaminhamentos e marcarmos consultas (médicas, psicológicas). Por exemplo: os pacientes que precisam de atendimento individual é o momento da psicóloga organizar a agenda, cobrar os pacientes, saber o que acontece; a médica também saber o que está precisando, os que não conseguem tomar medicação sozinhos; a farmacêutica fazer atendimento individual, fazer acompanhamento farmacoterapêutico. Então, o grupo veio para organizar o serviço. Serve mais para a equipe do que para os próprios pacientes (Profissional de Saúde 4).

Vale problematizar o modo como se constituem cotidianamente as relações nesse tipo de grupo, para que a intenção de conhecer o comportamento e a interação dos usuários não se converta em ações prescritivas, em que os ditos “aptos” se dispõem a ouvir os “não aptos” para conhecê-los e melhor controlá-los, cobrando e ditando o modo ótimo de se viver (Iglesias, 2009).

Neste sentido, afirmamos que a possibilidade concreta de cuidado se dá na construção de uma relação dialógica, a qual aspira trabalhar coletivamente as diferenças por meio do encontro, visando a co-construção de projetos voltados para a promoção da saúde (Iglesias, 2009). Assim, buscar todos os encaminhamentos possíveis não assegura um cuidado integral, pelo contrário, às vezes, até se distancia da integralidade almejada, uma vez que faz o usuário ir de um serviço a outro sem que necessariamente estas instituições se comuniquem na construção de um projeto terapêutico compartilhado.

Certamente o acesso e o acolhimento têm que estar garantido, contudo não podemos perder de vista as intenções e interesses que dão sustentação às nossas práticas cotidianas. Elas podem promover autonomia ou subserviência, reforçar a individuação dos problemas ou coletivização das possibilidades de luta por melhores condições de vida, supervalorizar a medicação ou o conjunto de alternativas de cuidado.

No caso da Prática B, foi marcante a importância dada à medicação no decorrer dos encontros. Tanto é que já no início deste projeto os profissionais procuraram a ajuda do CAPS, em busca de uma parceria com o médico psiquiatra para atendimentos trimestrais com o médico da família e o farmacêutico. Certamente as parcerias se fazem importantes; contudo, pensamos na potencialidade desta parceria quando se busca no CAPS a colaboração para uma atenção psicossocial integral, não apenas psiquiátrica. Além disto, é visível a expectativa compartilhada entre usuários e profissionais de respostas prontas para os problemas apresentados, em uma atuação baseada na lógica da “queixa-resposta”, comum à formação da maioria dos profissionais de saúde, treinados para darem soluções imediatas. Muitas vezes estas ações que visam atender “em grupos” assemelham-se a ações de educação em saúde tradicionais, com profissionais que dizem o que os pacientes devem fazer, sem conseguir um momento de escuta para a compreensão dos motivos que os levam a não fazê-lo. Aqui não foi diferente e ouvimos muitas vezes “O Sr. não pode deixar de tomar a medica-



ção!”. Por outro lado, mesmo com a presença de profissional da Unidade pudemos ouvir que “Isso é problema para o psiquiatra”. Ou ainda, “hoje não estou muito bem, não dormir bem, angustiado” (Usuário 2), “Mas você está tomando seus remédios? Temos que ver isso com o médico” (Profissional de Saúde 2). Neste contexto, a pessoa em sofrimento pode ser colocada em um lugar de menos-valia, de mera possuidora de limitações, obstaculizando o investimento coletivo na luta pela garantia de direitos destes sujeitos como cidadãos.

Em análise anterior sobre a interlocução entre as ações de saúde mental e a Atenção Básica, neste mesmo município, Rodrigues e Moreira (2012) perceberam que, em muitos casos, a Psicologia acabou tomando para si o campo psíquico na Atenção Básica. Com a presença do profissional na Unidade, muitas vezes as questões referentes à saúde mental ficaram delegadas a essa categoria, sobrecarregando o profissional e ao mesmo tempo distanciando os demais do compromisso ou preocupação em se construir um plano de cuidados a partir de uma visão integral e que de fato responda às necessidades que esse sujeito traz ao serviço. Não há aqui uma negativa de especificidade do núcleo de conhecimentos “psi”, entretanto, nesse caso, as relações entre usuários e profissionais ficaram comprometidas, uma vez que, ao colocarmos o medicamento e o saber biomédico como central, acabaram por desqualificar os saberes e a história destes sujeitos, em estreita relação com os quadros nosológicos e o ideário de sua patologia. Este modo de funcionamento resulta em insegurança por parte da população e em dependência aos conselhos e orientações destes técnicos (Dalbello-Araújo, 2005). Assim, muitas vezes as experiências concretas que possibilitam a um ou outro afirmar algo sobre si mesmo ou sua doença são rapidamente silenciadas em nome das evidências científicas, como na fala: “não é assim não, Senhor. Isso não tem nada a ver, esse remédio não causa nada disso” ou “pode continuar tomando seu chazinho, mas não vai resolver nada” (Profissional de Saúde 5).

Há que se considerar os saberes e vivências destes sujeitos na construção compartilhada de estratégias favoráveis à saúde. E isto certamente é possível na medida em que se constituam vínculos entre os envolvidos, que seja permitido abrir-se ao outro, que traz sua história, vivências e saberes na composição de um cuidado efetivo e eficaz. Para Rodrigues e Moreira (2012), a aposta deste município na saúde mental tem o importante significado de desinstitucionalizar prá-

ticas ancoradas na perspectiva biomédica e tradicional de conceber o sofrimento psíquico, pois, além de tornar real a existência destes sujeitos nos territórios, também tem sido possível, mesmo nas sutilezas, desmitificar, sensibilizar e provocar a mudança que vem possibilitando a construção de novas práticas de cuidado em saúde. Mas as dificuldades são muitas para que no cotidiano abandonemos posturas prescritivas.

Apesar desses desafios, também pudemos perceber a existência de relações afetivas importantes entre profissionais e usuários e deles entre si, o que certamente é favorecido pelos laços de conhecimento e vizinhança proporcionados pelo recorte territorial da Atenção Básica. Assim, em nosso entendimento, a presença de relações de afeto e confiança possibilitou que os usuários trouxessem outras queixas para além da doença, bem como favoreceu a efetivação de uma prática pautada por vezes em uma perspectiva ampliada de saúde, a qual considera os aspectos biopsicossociais na construção de um cuidado integral. Nesta perspectiva, um dos profissionais traz a seguinte descrição:

Uma paciente nova, 20 anos, educada, delicada, ela grudou no diagnóstico que é F20. Ela contou no grupo que queria trabalhar, mas que não conseguia emprego porque era F20. Aí todo mundo quis falar, saber do seu diagnóstico. Outra disse que ela não tinha que pensar naquilo, o mercado de trabalho estava difícil, “mas não é porque tem o diagnóstico, isto não quer dizer que você não possa trabalhar”. No mês seguinte, ela mandou um recado para o grupo e para gente (profissional), que ela não poderia comparecer, porque tinha arranjado um trabalho. Eu levei essa notícia para grupo, todo mundo ficou superfeliz, bateu palmas e disse “tá vendo não tem nada a ver esse negócio de F20”. [...] Isso gerou um sentimento de esperança (no grupo), você sentia isso tanto por parte dos pacientes como da parte dos profissionais (Profissional de Saúde 6).

Naquele momento, o grupo afirmou a promoção da saúde destas pessoas em seu sentido mais amplo, pois se desprende de um trabalho focado na doença, na remissão dos sintomas, na prescrição de medicamentos e passou a operar na construção de projetos de felicidade que, uma vez compartilhados, têm potência para transformações favoráveis à expansão da vida de todos (Ayres, 2007).

A Prática B também apresentou toda sua potencialidade de promover cuidado integral na medida em que buscou dar visibilidade a estas pessoas em sofrimento mental para o conjunto dos profissionais e usuários da Unidade de Saúde. Assim, procurou garantir o cuidado destes usuários por outros profissionais de saúde, para além daqueles voltados à prática “psi”. O fato da coordenação deste grupo ser compartilhada com profissionais de diferentes categorias certamente contribui para isso. Afirma-se, desta forma, a perspectiva de Alves (2006) de que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde; trata-se de um sujeito que assim como qualquer cidadão, possui questões de saúde outras, que devem ser cuidadas. Neste contexto, um profissional entrevistado aponta a importância deste grupo que:

[...] consegue dar acesso a coisas que no consultório eles não falam, pois acham que ali não é lugar daquilo. Infelizmente a tensão sobre a gente, às vezes, nos induz a objetivar a questões muito restritas (restringir um foco), eu até amplo, mas tem coisas que não depende de uma consulta. Para falar que o filho está preso, que não pode sair porque o tráfico não deixa, [...] isso tem a ver com a hipertensão dela, com a saúde dela (Profissional de Saúde 6).

Assim, este grupo apresentou possibilidades para que outras questões diretamente relacionadas ao adoecimento ganhassem visibilidade e se efetivasse um cuidado legitimamente integral. Isto porque o grupo confere maior grau de informalidade quando comparado a uma consulta individual, o que confirma a premissa ministerial de que a possibilidade dos encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado, de cuidado, de tratamento, de terapêutica (Brasil, 2010, p. 107).

Vale destacar também a possibilidade destas práticas (A e B) favorecerem a ampliação deste trabalho de visibilidade e cuidado destas pessoas por parte da comunidade onde vivem. Ao ampliar o público alvo desses grupos, de modo a estimular a participação de outros usuários, que não somente aqueles anunciados como viventes de um sofrimento psíquico, elas possibilitam que muitos preconceitos sejam revistos. Dessa maneira, estas iniciativas visam diminuir a invisibilidade desses usuários para o restante da equipe e comunidade em geral. “A questão da saúde mental é

uma coisa tão aparente, mas passa despercebida [...]. O usuário é visto como incapacitado, não precisa trabalhar com ele, é só dar remédio e tá bom, não precisa de outras ações [...]” (Profissional de Saúde 7).

Entretanto, não se pode negar que aqui também existem dificuldades e resistências por parte de alguns profissionais que acreditam não estarem preparados para a escuta do sofrimento, como se necessitassem de outro “modo” de ouvir ou um novo instrumento de trabalho que elevasse sua compreensão para que a demanda fosse ouvida e acolhida. A pesquisa de Nunes et al. (2007) aponta que entre os trabalhadores existia uma manifestação do desejo de qualificação profissional para o manejo de casos de sofrimento psíquico, produzidas pelo sentimento de não saberem como o fazer, ou pela angústia provocada ao defrontar-se com situações humanamente e afetivamente exigentes. Os profissionais também se sentiam despreparados para o manejo com pessoas em sofrimento mental, o que gerava sentimentos de impotência e frustração.

Esses sentimentos de frustração também compõem pela desvalorização que se tem ainda em relação a esse tipo de trabalho. Foi frequente entre os entrevistados a fala de que tais atividades grupais (Práticas A e B) não têm a mesma importância que as consultas ou procedimentos; elas foram as primeiras ações a terem horário, dia e local alterados em função de outras atividades ou agendas individuais, como vivenciamos durante o período de acompanhamento dessas práticas. Embora estes grupos tenham espaços reservados na agenda do auditório, nem sempre esse espaço esteve garantido, pois muitas vezes, foram desmarcados para a realização de outras ações consideradas prioritárias.

Durante os meses em que as acompanhamos pudemos presenciar que, às vezes, mesmo com a reserva antecipada do espaço, o auditório foi ocupado por outra atividade, sem aviso prévio, gerando confusão, incômodos e reclamações dos usuários e profissionais envolvidos. Foi possível também presenciar situações em que, no mesmo espaço, no momento da ocorrência do grupo, outros profissionais faziam uso do computador existente no auditório, demonstrando certa desconsideração e falta de privacidade para com a atividade que estava em curso.

Com isto podemos pensar que, apesar das iniciativas e potencialidades das práticas desenvolvidas na Atenção Básica dirigidas às pessoas em sofrimento mental, ainda são muitos os caminhos a serem per-

corridos para que efetivamente haja mudança de olhar sobre estas pessoas, de modo a assegurar o seu direito de serem tratadas nos espaços da Unidade, possibilitando a todos os usuários de saúde um cuidado integral, que considere a saúde mental como parte desse cuidado.

A partir de entrevistas realizadas com profissionais de diferentes categorias da área de saúde inseridos em um CAPS na mesma cidade, Rodrigues e Moreira (2012) demonstram a existência de uma aposta daquela gestão municipal em tecer uma rede de cuidados forte e qualificada, contudo, os espaços nos quais as pessoas estão inseridas são constituídos de multiplicidades que ainda precisam ser exploradas. A interlocução entre os profissionais do CAPS e os trabalhadores dos demais serviços de saúde é apontada como frutífera para concretizar os direitos já obtidos no campo da saúde mental e, principalmente, ampliar o cuidado conforme uma visão integral do sujeito. No entanto, convivemos com um modelo biomédico predominante de produção de saúde que pode comprometer as ações em favor da vida.

Além disto, ainda são muitos os entendimentos e práticas a serem problematizados no que diz respeito, por exemplo, à efetivação da integralidade e dos grupos desenvolvidos em todas as suas potencialidades de melhorias de vida, não se restringindo à sobreposição de tratamentos especializados e ao ajuntamento de pessoas em um mesmo espaço. Estamos falando de um cuidado efetivamente integral, que requer necessariamente coesão entre as equipes, parcerias e interlocuções entre os mais variados serviços, setores e atores sociais (Ballarin, Carvalho, Ferigato, Miranda, & Magaldi, 2011).

### **Considerações finais**

O cuidado integral em saúde é compreendido neste estudo como o produto das relações entre usuários, profissionais e instituições, podendo ser manifestado no acolhimento, no vínculo e no tratamento digno e respeitoso. Nesse tipo de cuidado, as relações são horizontais, de sujeito para sujeito. Assim, o cuidado integral é tomado como uma ação de responsabilidade para com o outro, sem tutela ou infantilização.

A partir do que foi analisado nesta pesquisa pudemos apreender que as práticas de saúde mental na Atenção Básica analisadas ainda estão fortemente sustentadas pelo modelo biomédico, na medida em que são norteadas por ações que não avançaram para

o território. Isso se relaciona também à pouca formação dos profissionais para atuarem em um novo paradigma, que prima por um cuidado baseado em uma visão ampliada do sujeito e que remete à necessidade de uma ação intersetorial e interdisciplinar. Essa carência de formação pode ocasionar posturas inadequadas por parte dos profissionais, como práticas discriminatórias e preconceituosas em relação à pessoa em sofrimento mental, além de ações moralistas, de infantilização e de normatização de condutas.

Apesar dos avanços na atenção às pessoas em sofrimento mental, um aspecto marcante da pesquisa foi a constatação de que as práticas de cuidado integral ainda são pouco reconhecidas nos espaços dos serviços de saúde. No cotidiano, ainda persistem ações que desconsideram a pessoa que vivencia a condição de sofrimento psíquico como um cidadão conectado à sua comunidade e seu território. Muitas vezes esta compreensão obstaculiza a sua circulação pelos espaços da cidade, impossibilitando novas formas de contratualidade e de posicionamento diante dos desafios da vida.

Ao contrário, o sentir-se pertencente a um grupo, como nas Práticas A e B, certamente traz benefícios à saúde dos participantes, assim como o fortalecimento da autonomia destas pessoas. Pensamos também na ampliação do público alvo deste grupo para outros usuários de saúde, para além daqueles caracterizados como em sofrimento mental, já que o grupo é frequentado exclusivamente por este público, não havendo participação de demais usuários com demandas de saúde em geral. Entretanto, reconhecemos também que o formato de práticas grupais específicas para este público pode ser também uma abertura para melhorar o cuidado às pessoas em sofrimento mental, historicamente excluídas também destes espaços, propiciando o envolvimento dos profissionais em uma escuta qualificada e ampliada sobre as problemáticas trazidas por estes sujeitos, para uma atuação conjunta pelas transformações sociais necessárias à sua inserção comunitária.

Assim, acreditamos que estas práticas, uma vez pautadas na ética, podem trabalhar pela consolidação de serviços de saúde efetivamente permeados pela integralidade, pela promoção da autonomia das pessoas ou de grupos, para o enfrentamento das adversidades da vida, dentro da lógica da clínica ampliada, com continuidade da atenção para quem assim necessitar.

## Referências

- Acioli, S. (2006). Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 187-203). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Alves, S. (2006). Integralidade nas políticas de saúde mental. In: R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.169-178). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- Ayres, J. R. C. M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 17(1), 43-62. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B., Ferigato, S. H., Miranda, I. M. S., & Magaldi, C. C. (2011). Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 603-611. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400011>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde - PNS 2016-2019*. Brasília, DF: o autor.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização* (Cadernos HumanizaSUS, Vol. 2). Brasília, DF: o autor.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Saúde mental* (Cadernos de atenção básica, Vol. 32). Brasília, DF: o autor.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica*. Brasília, DF: o autor.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: o autor.
- Campos, R. O., & Gama, C. (2008). Saúde mental na atenção básica. In G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero (Orgs), *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, SP: Aderaldo e Rothschild.
- Dalbello-Araújo, M. (2005). *O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social* (tese de doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Iglesias, A. (2009). *Em nome da promoção à saúde: análise das ações em unidade de saúde da macrorregião de Maruípe Vitória - ES* (dissertação de mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Iglesias, A. (2016). Matrix Support in mental health: the experience in Vitória, Espírito Santo. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 346-355. <https://doi.org/10.1177/1359105316628746>
- Lacerda, A., Guimarães, M. B., Lima, C. M., & Valla, V. V. (2009). Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (pp. 249-262). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Lima, A. I. O., Severo, A. K., Andrade, N. L., Soares, G. P., & Silva, L. M. (2013). O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas em Psicologia*, 21(1), 71-82. <https://doi.org/10.9788/TP2013.1-05>
- Mattos, R. A. (2008). A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In L. A. Costa (Org.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS* (pp.313-352). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.39-64). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Merhy, E. E. (1999). *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?* Recuperado de <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>
- Minozzo, F., Kammzetsler, C. S., Debastiani, C., Fait, C. S., & Paulon, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal*, 24(2), 323-340. Recuperado de <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/555>

- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C.P.B (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10):2375-2384. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>
- Ohara, E. C. C., & Saito, R. X. S. (2010). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo, SP: Martinari.
- Onocko-Campos, R. T. (2001) Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A., Miranda, L., & Gama, C. A. (2009). Avaliação da rede de centro de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(supl 1), 16-22. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>
- Rodrigues, E. S.; & Moreira, M. I. (2012). A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Revista Saúde e Sociedade*, 21(3), 599-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>
- Valla, V. V., Guimarães, M. B., & Lacerda, A. (2006). Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 103-117). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Vechia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação de ações. *Interface (Botucatu)*, 13(28), 151-164. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>
- Victal-Bastos, L., & Romanholi, A. C. (2010). Saúde Mental em Vitória: A rede tensionada. In F. B. Campos, & A. Lancetti (Orgs.), *SaudeLoucura: experiência da reforma psiquiátrica* (pp. 193-201). São Paulo, SP: Hucitec.
- Vitória. (2012). Prefeitura Municipal. *Programa de Saúde Mental atua na prevenção e tratamento de transtornos*. Vitória, ES: o autor.

---

*Gilza da Silva*

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória – ES, Brasil.  
E-mail: gilzadasilva@hotmail.com

*Alexandra Iglesias*

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES, Brasil.  
E-mail: leiglesias@gmail.com

*Maristela Dalbello-Araujo*

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória – ES, Brasil.  
E-mail: dalbello.araujo@gmail.com

*Maria Inês Badaró-Moreira*

Professora da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), .  
E-mail: mibadaro@gmail.com

Endereço para envio de correspondência:

Prefeitura Municipal de Vitória, Unidade de Saúde da Ilha das Caieiras.  
Rua Beira Mar, 251. São Pedro I. CEP: 29030-010.  
Vitória – ES, Brasil

*Recebido: 12/05/2015*

*Reformulação: 21/10/2016*

*Aprovado: 10/02/2017*

*Received:* 05/12/2015  
*Reformulated:* 10/21/2016  
*Approved:* 02/10/2017

*Recebido:* 12/05/2015  
*Reformulado:* 21/10/2016  
*Aceptado:* 10/02/2017

*Como citar:* Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404-417. <https://doi.org/10.1590/1982-370301452015>

*How to cite:* Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Practices of Integral Health Care for people with mental suffering in primary health care. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404-417. <https://doi.org/10.1590/1982-370301452015>

*Cómo citar:* Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Prácticas de cuidado integral para personas en sufrimiento mental en la Atención Primaria. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404-417. <https://doi.org/10.1590/1982-370301452015>